Zur klinischen Bedeutung der Halsabscesse bei Scharlach nebst Schilderung eines durch perilaryngeale Lokalisation bedingten gefahrdrohenden Falles.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 9. AUGUST 1895.

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Siegmund Elkan

aus Hannover.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Willy Beuthner.
„ cand. med. Richard Benjamin.
„ cand. med. Willy Hirschfeld.

BERLIN

C. VOGTS BUCHDRUCKEREI (Dr. E. EBERING).

Linkstrasse 16.

Dem Andenken

meines unvergesslichen Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0070

Zur klinischen Bedeutung der

Halsabscesse bei Scharlach

nebst Schilderung eines durch perilaryngeale

Lokalisation bedingten gefahrdrohenden Falles.

Bei der mannigfachen Art und Weise, in welcher sich die stattgehabte Scharlach-Intoxikation äussern kann, darf uns die in den Lehrbüchern vertretene verschiedene Klassifikation der zahlreichen pathologischen Prozesse, welche auf der Basis der Scharlachintoxikation sich entwickeln können, nicht Wunder nehmen. Nach Bohns[1]) Anschauung dürfen wir alle besonderen Zufälle, welche den Ablauf der regulären Krankheit stören, Komplikationen nennen, und als Nachkrankheit bezeichnen, was sich zeitlich an den beendeten Prozess anschliesst. Als Quelle eines über die Norm sich hinausziehenden Fiebers dürfte wesentlich neben der Diphtherie und Otitis interna die Entwicklung einer glandulären und phlegmonösen Entzündung unterhalb des Kiefers in Betracht kommen. Der Publikationen von

[1] Gerhardt, Kinderkrankheiten. Bohn, Scharlach.

Fällen, welche diese Komplikationen illustrieren, zählen wir Legion, so dass es fast scheint, als seien alle nur möglichen Kombinationen erschöpft. Nichtsdestoweniger glauben wir die Beobachtung eines perilaryngealen Abscesses, welche wir dieser Abhandlung zu Grunde legen, als ein Novum und Unikum bezeichnen zu dürfen. Dieselbe stammt aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses im Friedrichshain. Die Veröffentlichung des Falles ist mir von Herrn Prof. Dr. Fürbringer gütigst übertragen worden.

Wir stellen der Schilderung des beobachteten Falles eine kurze Zusammenstellung des zur Zeit über das Wesen der an der genannten Lokalität überhaupt sich abspielenden Endzündungsprozesse beim Scharlach voran.

Schon im Anfang der scarlatinösen Erkrankung sind die Drüsen der Achselhöhle, Kniekehle, Leistenbeuge in geringem Grade geschwollen und von aussen durchzufühlen. Fast immer findet man auch bei Fällen, welche in dem ersten Stadium der Krankheit zur Sektion kommen, eine mässige, allgemeine Schwellung der peripherischen und inneren Lymphdrüsen. Diese Affektion betrifft in schwächerem oder stärkerem Grade, mehr cirkumskript oder diffus, fast immer in hervorragender Weise die Lymphdrüsen des Halses. Die Schwellung bleibt jedoch in der

Regel nicht auf die Cervikallymphdrüsen beschränkt, sondern der Prozess breitet sich weiter auf die Umgebung aus unter besonderer Beteiligung des Halszellgewebes. Diese Drüsengeschwülste können sich, solange sie nur einen mässigen Umfang haben, zerteilen und sich allmählich vollständig zurückbilden. In den überaus meisten Fällen aber, in denen es neben der Schwellung der Cervikallymphdrüsen noch zu einer Beteiligung des umliegenden Halszellengewebes gekommen ist, nimmt die Schwellung in den ersten Wochen bedeutend zu und geht schliesslich in eine diffuse, harte Infiltration des Bindegewebes über.

Hierbei wollen wir noch bemerken, dass die Affektion der Halslymphdrüsen auf ihren nahen Beziehungen zu den Rachenorganen beruht, dass aber die Intensität der Haut- oder Rachenaffektion keineswegs in einem bestimmten Verhältnis zur Stärke der Lymphdrüsenschwellung steht. Oft ist, wie Thomas[2] sagt, scheinbar das Gegenteil der Fall: „Häufig findet sich nämlich eine ungewöhnlich starke Lymphdrüsenaffektion neben einer manchmal recht geringfügigen Angina oder einem schwachen Exanthem, während allerdings schwache Drüsenschwellungen neben starker Haut- und zumal Rachenerkrankung viel seltener sind.“

[2] Ziemssen, Handbuch der spec. Pathologie und Therapie: Thomas, Scharlach.

Die Anschwellung kann eine enorme Ausbreitung annehmen. Oft erstreckt sie sich rechts und links von den Jochbögen nach abwärts über den Unterkiefer und Hals bis zu den Clavikeln. Der Unterkieferrand hebt sich überhaupt nicht mehr von der Umgebung ab, und man sieht nur beiderseits von der Mittellinie zwei harte in der Mitte confluierende Wülste, welche dem Patienten ein unförmliches Aussehen verleihen.

Die Geschwulst hat anfangs eine höckrige Oberfläche, später wird sie mehr gleichmässig; sie fühlt sich sehr hart an, ist aber nicht schmerzhaft. Die Haut über der Anschwellung ist stark gespannt, heiss, glänzend, von braunroter Farbe. Die Bewegungen von Kopf und Hals sind sehr erschwert. Häufig sieht man, wie der Kopf beständig nach hinten gezogen wird, weil nur so Atem- und Schluckbewegungen möglich sind. Die Umgebung der Geschwulst ist ödematös angelaufen.

Bei diesen Entzündungsprozessen ist der Ausgang in Eiterung sehr häufig. In seltenen Fällen tritt er spontan ein. Meistens muss man, da man den Aufbruch wegen der Abnahme der Kräfte des Patienten nicht abwarten kann, den Eiter durch Incision entleeren. Ist der Eiter einmal entleert, so verschwindet auch das remittierende Fieber, welches vorher beständig angehalten und die

Kranken auf das höchste geschwächt hat. Henoch[3] berichtet von einem Fall, in welchem das Fieber nach der Incision sofort von 40° auf 37,8° herunterging und dann beständig normale Temperaturen blieben.

Nicht immer aber ist der Ausgang dieser submaxillaren Abscesse ein so günstiger, sondern häufig genug nehmen sie einen ungünstigen Ausgang.

Ist nämlich der chirurgische Eingriff zu spät oder nicht energisch genug gemacht worden, so sehen wir eitrig-jauchigen Zerfall der Geschwulst eintreten. Der Prozess beginnt in der Tiefe und dringt nun langsam an die Oberfläche. Der Eiter unterminiert grosse Partieen des Halses und unter Zerstörung des Bindegewebes senkt er sich bis zum Larynx, Sternum, ja sogar bis zum unteren Rande des Pectoralis maior herab. Die Haut über der Geschwulst zeigt grosse Neigung, in Nekrose überzugehen. Man sieht dann „fetzige mit Jauche erfüllte Brandhöhlen, innerhalb welcher die abgeweideten Muskeln, Sehnen und Gefässstämme sich ausspannen[4]. „Häufig findet man an den Sektionen eine auffällig starre, blasse Beschaffenheit der von der Vereiterung übrig gelassenen Drüsenreste.

---

[3] Vorlesungen über Kinderkrankheiten v. Eduard Henoch 1893. 7. Auflage, S. 661 u. f.

[4] Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde: Fürbringer, Scharlach,

Vielfach sind uns in der Litteratur Fälle mitgeteilt, in denen die Gefässstämme innerhalb dieser Brandhöhlen, besonders Carotis externa und Vena iugularis externa nebst Aesten, arrodiert wurden, ein Zustand, welcher zu plötzlichen fast immer tötlichen Blutungen führt. Diese Arrosion ist häufig eine Folge der Incision, indem durch die Eiterentleerung der äussere Druck aufgehoben wird. Oftmals ist auch schon vor der Eröffnung der Abscesshöhle eine Läsion der Gefässe eingetreten. Ueber den Ausweg, welchen diese Blutungen nehmen, finden wir in den den Scharlach betreffenden Abhandlungen verschiedene interessante Fälle. Am häufigsten ist die Perforation in den Pharynx.

Henoch teilt uns folgende Fälle mit:

Bei einem $1^1/_2$ jährigen Mädchen, welches an Scharlach erkrankt war, hatte sich auf der linken und rechten Seite des Halses eine Phlegmone von der Submaxillargegend ausgehend entwickelt. Pat. fieberte hoch. Nach der Incision entleerte sich aus beiden Abscessen ein äusserst stinkender Eiter. Man konnte hieraus auf eine Kommunikation der Abscesse mit der äusseren Luft, also auf Perforation des Pharynx schliessen. Diese wurde nach dem Tode der Pat. durch die Sektion nachgewiesen.

Bei einem dreijährigen Mädchen war der Durchbruch in den Pharynx Ursache, dass verschlucktes Blut in den

Fäces erschien und Getränke zum Teil aus der äusseren Incisionswunde flossen.

Bei einem einjährigen Mädchen mit malignem Scharlach ergab die Incision der tief dringenden Phlegmone keinen Eiter; bei der Sektion aber fand sich ein Durchbruch des Abscesses in den äusseren Gehörgang, welcher während des Lebens als Otorrhoe imponiert hatte.

Baader[5] beobachtete ein vierjähriges Kind, bei welchem es am Ende der vierten Woche bei „Verjauchung von Halsdrüsen" zur Arrosion der Carotis externa sinistra mit Perforation in den Rachen kam.

Bohn weiss von einem $3^1/_2$jährigen Mädchen, welches 3 Wochen an äusseren Drüsen krank lag, die mehrere Male geöffnet werden mussten. Das Schlucken war dauernd behindert, das Kind abgezehrt, als sich plötzlich unter fürchterlichem Gestank Bluthrechen und blutige Stühle einstellten, welche schnell den Tod herbeiführten.

Auf den gleichen oder einen ähnlichen Vorgang ist wohl das Haematoma scarlatinosum zu beziehen, welches Huber[6] beschreibt:

Eine ovale, hühnereigrosse Blutgeschwulst am Halse, welche dem Verlaufe des linken Kopfnickers folgte; ein

---

[5] Correspondenzblatt für schweizerische Aerzte. 1875 No. 21.

[6] Archiv für klinische Medizin 1871.

Einschnitt in den vermeintlichen undeutlich fluktuierenden Abscess (10. Tag) brachte eine Hand voll ziemlich dicker Blutgerinnsel zu Tage. Mit der Entfernung der letzteren spritzte ein arterieller Blutstrahl hervor. Das ohnehin stark fiebernde Kind kollabierte und starb.

Sind nur die oberflächlichen Drüsen afficiert gewesen, so wird durch die Entleerung des Eiters unter Beobachtung peinlichster Antisepsis in der Regel Heilung herbeigeführt. Doch auch hier ist wie in den oben mitgeteilten Fällen ein ungünstiger Ausgang nicht zu verhüten, wenn es unmöglich ist, den Eiterungsprozess zu beschränken. Die Patienten gehen dann unter den Erscheinungen des akuten septischen Fiebers zu Grunde.

Bókai[7]) berichtet von Retropharyngealabscessen, welche im Anschluss an derartige Phlegmonen auftraten.

Noch einen anderen Ausgang kann diese Phlegmone des submaxillaren Gewebes nehmen, welcher manchmal sogleich im Beginne der Erkrankung, häufig erst in einem späteren Stadium der Krankheit zur Beobachtung kommt: es ist der Uebergang in eine diffuse, steinharte Infiltration der ganzen Unterkiefergegend in der Form der Angina Ludwigi. Die Beschwerden solcher Kranken sind sehr

---

[7] Bókai, Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1876 X.

beträchtlich. Sprache, Kauen, Schlucken sind fast unmöglich. Dabei besteht Fieber, sogar ein schwerer, septischer Allgemeinzustand. Es erfolgt schliesslich eine ausgedehnte brandige Zerstörung der Weichteile. Selten ist der Ausgang in Abscessbildung. Macht man in diese harten Infiltrationen Incisionen, so erhält man keinen Eiter, sondern man hat eine derbe, speckige Infiltration vor sich, aus welcher manchmal geringe Mengen einer trüben, stinkenden, wässrigen Masse hervorquellen.

Diese starren Infiltrationen wie die oben geschilderten Phlegmonen sind deshalb noch so gefährlich, weil sie in der Tiefe bis in den Larynx fortschreiten, ja sogar Entzündung des Kehlkopfeinganges selbst herbeiführen können. Es tritt dann teils in Folge von Compression des Larynx, teils in Folge von Glottisödem Dyspnoe auf.

Bislang ist nur von Abscessen die Rede gewesen, welche ihren Ausgang nahmen von den submaxillaren Lymphdrüsen und dem umgebenden Zellgewebe des Halses. Es ist mir auch beim Durchsehen der den Scharlach betreffenden Litteratur nicht gelungen, irgend einen Fall zu finden, in welchem sich der Abscess von irgend einem anderen Ausgangspunkt entwickelte.

Um so mehr Interesse dürfte daher der genannte Fall beanspruchen, welcher einen 5 Jahre alten Knaben

betrifft, der im Februar und März des Jahres 1894 im städtischen allgemeinen Krankenhause Friedrichshain zu Berlin zur Beobachtung kam. Es handelte sich um einen Abscess, welcher sich im Verlaufe der Scharlacherkrankung entwickelte. Dieser Abscess hatte einen ganz ungewöhnlichen Ausgangspunkt. Er entwickelte sich nämlich von dem perichondralen Bindegewebe der vorderen Schildknorpelfläche. Dieses war auch der Grund, dass es in dem vorliegenden Falle zu einer das Leben bedrohenden Atembehinderung kam.

Patient Otto Züge aus Berlin, 5 Jahre alt, von gesunden Eltern stammend, wurde am 16. Februar 1894 in das städtische allgemeine Krankenhaus Friedrichshain aufgenommen. Patient hat vor mehreren Jahren die Masern überstanden, im November 1893 hat er Keuchhusten gehabt, sonst ist er immer gesund gewesen, 4 Geschwister sind gesund.

Seit 2 Tagen ist das Kind mit Fieber erkrankt, ist namentlich nachts sehr unruhig und weigert sich, Nahrung aufzunehmen.

Am 17. Februar wird von dem Patienten folgender Status aufgenommen:

Patient ist ein kräftig gebautes, wohlgenährtes Kind. Ueber den ganzen Körper, am wenigstens intensiv im

Gesicht, hat sich ein typisches Scharlachexanthem ausgebreitet. — Die Zunge ist trocken und zeigt einen dicken, grauweissen Belag. An den Rändern sieht man einen dunkelroten Saum, an welchem die Pupillen kolbenförmig angeschwollen erscheinen. — Die Inspektion der Rachenorgane ergiebt Rötung und Schwellung der hinteren Pharynxwand. Die Tonsillen sind geschwollen und mit dicken, grauweissen Belägen bedeckt.

Bei der Auskultation des Herzens hört man über allen Ostien reine Töne. Die Herzdämpfung hielt sich in normalen Grenzen.

Die Auskultation der Lungen ergiebt überall vesikuläres, leicht beschleunigtes Atemgeräusch. Der Perkussionsschall ist voll und hell.

Die Milzdämpfung ist nicht vergrössert.

Puls: 168.

Temperatur: 40°.

Urin enthält $^1/_4$ % Albumen.

Am 22. Februar bemerkt man, dass die Stimme des Patienten etwas heiser klingt. Der Rachenbefund ist unverändert. Ebenso zeigen sich an den anderen Organen des Körpers keinerlei Veränderungen. Patient klagt über Schmerzen in beiden Ohren.

Puls: 148.

Temperatur: 40 °.

Urin frei von Eiweiss.

Am 25. Februar ist die Entzündung der Rachenorgane ganz verschwunden. Die Stimme ist immer noch heiser. Es ist jedoch keine Atemnot vorhanden. Man findet an keiner Stelle Drüsenschwellungen. Aus beiden Ohren findet eine mässige, seröseitrige Sekretion statt. An den Händen beginnt die Abschuppung.

Puls: 132.

Temperatur: 39,4 °.

Urin zeigt nur Spuren von Albumen.

Am 3. März zeigt sich an der vorderen Wand des Kehlkopfes, zwischen Larynx und Muskulatur gelegen, eine kleine undeutlich fluktuierende Geschwulst. Druck auf dieselbe ruft Schmerzen hervor. Die Stimme ist immer noch belegt, jedoch ist keine Atemnot vorhanden. Die Abschuppung ist ganz vollendet.

Puls: 172.

Temperatur: 40,2 °.

Am 5. März hat der Abscess unter Anwendung von warmen Halsumschlägen die Grösse eines Taubeneies angenommen. Er ist jetzt etwas oberflächlicher zu fühlen. Atemnot hat sich noch immer nicht gezeigt.

Puls: 164.

Temperatur: 40,0 °.

Am 6. März senkt sich der Abscess rechts und links vom Kehlkopf sackartig nach hinten. Die Fluktuation ist sehr deutlich wahrzunehmen. Es zeigt sich deutliche Atembehinderung. Das Ganze bietet das Bild eines Croupanfalles dar. Die Stimme des Patienten ist völlig heiser, ganz klanglos. Man hört öfter trockene, hohle Hustenstösse. Die Respiration ist sehr beschleunigt und tönend; namentlich die Inspiration ist sehr langgezogen und von einem starken Herabsteigen des Kehlkopfes begleitet. An dem Mitbewegen der Nasenflügel, an den krampfhaften Kontraktionen aller Halsmuskeln und dem starken Heben der Schultern erkennt man sofort, dass hochgradige Dyspnoe vorhanden ist.

Puls: 132.

Temperatur: 39,0 °.

In der Nacht vom 6. zum 7. März ist die Respiration noch rascher und oberflächlicher geworden. Die Lebensgefahr, in welcher sich der Patient befindet, ist auf das Höchste gestiegen. Daher wird am Morgen des 7. März als einzige Möglichkeit, den Patienten am Leben zu erhalten, die Incision des Abscesses von Herrn Professor Fürbringer ausgeführt. Nach sorgfältigster Desinfektion der den Abscess umgebenden Haut wird ein Einschnitt

gemacht. Die Incision fördert ungefähr 2 Esslöffel eines stinkenden Eiters zu Tage. Mit einem Schlage hat sich jetzt das Befinden des Patienten gebessert. Die Atmung ist viel freier geworden, wenn auch noch nicht ganz unbehindert. Letzteres merkt man an einem krächzenden Geräusch, welches die Inspiration begleitet.

Puls: 136.

Temperatur: 38,1°.

Am 9. März secerniert die Wunde immer noch ein reichliches eitriges Wundsekret. Es wurden nekrotische Gewebsfetzen abgestossen. Bei angestrengter In- und Exspiration entstehen in der Abscesshöhle weder schlürfende noch zischende Geräusche, sodass sie gegen die Kehlkopfhöhle abgeschlossen erscheint. Das Allgemeinbefinden des Patienten gut.

Puls: 112.

Temperatur: 37,9°.

Am 13. März zeigt sich nur noch eine spärliche Eitersekretion. Infolge der Granulationsbildung hat sich die Abscesshöhle sehr verkleinert. Die Stimme ist noch etwas belegt.

Puls: 136.

Temperatur 37,8°.

Am 17. März sieht man in der Kehlkopfgegend nur

noch eine kleine, trichterförmige gut granulierende Wundhöhle. Die Stimme ist heute ganz normal. Patient fühlt sich sehr wohl und zeigt ein gutes Aussehen.

Puls: 132.

Temperatur 38,2°.

Am 20. März ist die Wunde fast ganz verheilt. Man sieht nur noch eine erbsengrosse Granulationsfläche im Niveau der Haut. Patient fühlt sich andauernd wohl.

Am 25. März ist die Wunde ganz verheilt. Das Befinden des Patienten ist so gut, dass er das Bett verlassen kann.

Vier Tage später, am 29. März, wird der Patient als geheilt entlassen.

Zwei Momente dürften unseren Krankheitsfall besonders bemerkenswert machen: Einmal der Ausgangspunkt des Abscesses von dem vor den Knorpeln der vorderen Kehlkopfwand gelegenen Zellgewebe und nicht, wie es gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, und wie ich es auch oben geschildert habe, von den submaxillaren Lymphdrüsen oder dem submaxillaren Zellengewebe aus. Denn nach der Incision des Abscesses konnte man die ganze Abscesshöhle, in welcher die vom Brustbein zum Kehlkopf ziehenden Muskeln wie präpariert vor Augen lagen, übersehen und so leicht den Ausgangspunkt des Abscesses erkennen.

Zweitens ist der Fall deshalb so bemerkenswert, weil durch den eigentümlichen Sitz des Abcesses croupartige Erscheinungen — trockener, hohler Husten, tönende Respiration, Dyspnoe — hervorgerufen wurden. Derartige Fälle sind bei Erkrankung an Scharlach extrem selten. Einen Fall wie den unsrigen, in welchem es sich um Atembehinderung handelte, die allein durch den merkwürdigen Sitz des Abscesses hervorgerufen wurde, habe ich in der Litteratur nicht auffinden können. Es kann sich jedoch in Fällen mit Atembehinderung noch um die seltene Angina Ludovici oder um einen noch seltener auftretenden Larynxcroup handeln.

Von der Angina Ludovici ist oben ausführlich gehandelt worden, über den im Verlauf des Scharlach auftretenden Larynxcroup und dadurch hervorgerufene Atembehinderung will ich im folgenden noch einiges sagen.

Larynxcroup kommt im Verlaufe des Scharlach nicht eben häufig zur Beobachtung. Denn die während der Erkrankung an Scharlach manches Mal auftretenden Erstickungserscheinungen, welche ganz das Bild eines Larynxcroup darbieten, beruhen auf anderen Ursachen, wie wir oben gesehen haben. Die häufigste Ursache, welche Larynxcroup bei Scharlach hervorruft, ist die Diphtherie, welche sich oft im Anschluss an Scharlach entwickelt.

Fast allgemein ist man heute der Ansicht, dass die sogenannte Scharlachdiphtherie mit der vulgären Diphtherie nichts zu thun hat, sondern dass ein im Verlaufe des Scharlach häufig als Komplikation auftretender diphtherischer Prozess nichts weiter darstellt als eine modifizierte Aeusserung des Scharlachgiftes in den Rachenorganen, eine komplikative Lokalisation scarlatinösen Ursprungs.[8]) Einen wesentlichen Anteil an der Klärung dieser Fragen haben die hervorragenden Untersuchungen Heubners[9]) auf diesem Gebiete. Er ist der Ansicht, dass selbst jene Fälle diphtherischer Affektionen des Pharynx im Verlauf des Scharlach, welche mit Stenosen des Larynx und Muskellähmungen verliefen, nichts weiter sind, als eine sekundäre Infektion scarlatinöser Kinder mit echter Diphtherie.“ Sehr treffend nennt Henoch diese Scharlachdiphtherie „nekrotisierende Entzündung.“ Die wesentlichsten Unterschiede zwischen der Scharlachdiphtherie und der primären Rachendiphtherie bestehen darin, dass sich Lähmungen des weichen Gaumens, der Augenmuskeln, der Nacken -- oder Extremitätenmuskeln im Anschluss an Scharlachdiphtherie niemals entwickeln, dass ferner der diphtherische Prozess

---

[8] Eulenburg, Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde 1889. Scharlach, bearbeitet von Prof. Fürbringer.

[9] Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 31.

im Verlaufe des Scharlach nur geringe Neigung zeigt, vom Pharynx auf den Larynx überzugreifen. Verbreitet sich der diphtherische Prozess auf den Larynx, so überschreitet der Croup fast niemals die Stimmbänder. Die Fälle, in denen der untere Teil des Larynx und die Trachea croupös ergriffen waren, müssen wir zu den Ausnahmen rechnen. Die Prognose bei den im Verlaufe des Scharlach auftretenden Crouperscheinungen muss immer ungünstig gestellt werden.

Henoch veröffentlicht 2 Fälle, in denen während des Lebens eine auf Diphtherie verdächtige Rachenaffektion nicht erkannt wurde, obwohl sich ebenso wie in unserem oben geschilderten Falle croupöse Symptome zeigten:

Beide Kinder wurden während ihrer Erkrankung an Scharlach heiser. Die Heiserkeit steigerte sich bis fast zur völligen Aphonie. Dann trat Dyspnoe auf. Die Rachenorgane zeigten aber immer nur Röte und Schwellung, niemals einen Belag. Obwohl also trotz deutlichster Croupsymptome eine im Leben sichtbare nekrotisierende Pharyngitis nicht diagnostiziert wurde, ergab doch die Sektion in beiden Fällen: Pharyngitis diphtherica, laryngitis crouposa.

Auch in dem von uns geschilderten Falle konnte man erst nach der Incision des Abscesses feststellen, dass die aufgetretenen Croupsymptome durch den eigentüm-

lichen Ausgangspunkt des Abscesses, welcher Kompression des Larynx hervorrief, bedingt wurden und nicht, wie man leicht hätte denken können, durch einen diphtherischen Prozess.

Die beiden von Henoch mitgeteilten Fälle sind aber noch ein Beispiel dafür, dass die während der Scharlacherkrankung auftretenden Crouperscheinungen fast ausnahmslos binnen kurzer Zeit zum Exitus letalis führen.

In unserem Falle wurde Heilung herbeigeführt, und wir müssen dieses gute Resultat wohl unbedingt auf Rechnung einer zweckmässigen, übrigens sich von selbst ergebenden Therapie setzen.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Fürbringer, Direktor der inneren Abteilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses im Friedrichshain zu Berlin, meinen herzlichsten Dank auszusprechen für die gütige Ueberweisung des Krankheitsfalles, für die wertvollen Ratschläge und das jederzeit meiner Arbeit entgegengebrachte Interesse.

Litteratur.

1) Gerhardt, Kinderkrankheiten. (Bohn, Scharlach.)
2) Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. (Thomas, Scharlach.)
3) Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten.
4) Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde. (Fürbringer, Scharlach.
5) Correspondenzblatt für schweizerische Aerzte. 1875. No. 21.
6) Archiv für klinische Medizin. 1871.
7) Bókai. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1876. X.
8) Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.
9) Heubner, Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 31.
10) Strümpell, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie.
11) Baginsky, Lehrbuch der Kinderkrankheiten.

Thesen.

I.

Bei der Behandlung der tuberkulösen Spondylitis sind die Lagerungsvorrichtungen den portativen Stützapparaten vorzuziehen.

II.

Uterusmyome geben nur selten eine Indikation zur Laparotomie.

III.

Die „Scharlachdiphtherie“ darf nicht mit der echten Diphtherie identifiziert werden.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Siegmund Elkan, mosaischer Religion, wurde als Sohn des verstorbenen Kaufmanns Julius Elkan am 19. September 1873 zu Hannover geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Friedrichs-Gymnasium und dem Friedrichs-Werderschen Gymnasium zu Berlin. Letzteres verliess er Michaelis 1891 mit dem Zeugnis der Reife, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Er studierte mit Ausnahme des Sommer-Semesters 1892, in welchem er in Freiburg i. B. an der Albert-Ludwigs-Universität immatrikuliert war, an der Königl. Friedrich - Wilhelms - Universität zu Berlin. Am 22. Juli 1893 bestand er die ärztliche Vorprüfung und am 16. Juli 1895 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

v. Bergmann, du Bois-Reymond, Engler, Fasbender, Fischer, Fritsch, Gebhard, Gerhardt, Hartmann (†), Hertwig, v. Hofmann (†), Keibel (Freiburg), Klemperer, Krause, Kundt (†), Liebreich, Litten, Leyden, Martin, Olshausen, Rubner, Schlange, F. E. Schulze, Schweigger, Silex, Virchow, Waldeyer, Warburg (Freiburg), Winter, Julius Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.